

Sammanfattning

En obligatorisk, allmän och enhetlig sjukförsäkring lik den svenska har både för- och nackdelar. En fördel är att alla oavsett risk och behov ges inkomstskydd vid arbetsförmåga till följd av sjukdom. En nackdel är att den är sårbar för hur drivkrafterna för aktörerna i sjukskrivningsprocessen är utformade. Den svenska sjukfrånvaron har historiskt och i internationell jämförelse präglats av höga nivåer och kraftiga svängningar. Sedan en tydlig nedgång mellan 2003 och 2010 är sjukfrånvaron åter på uppgång. Regeringen förutser att utgifterna för sjukpenningen kommer att uppgå till cirka 50 miljarder 2018, vilket skulle motsvara en ökning med 150 procent jämfört med 2010.

En viktig fråga för beslutsfattare är om upp- och nedgångarna av sjukfrånvaron är motiverade utifrån grundläggande behov eller om de i stället har andra förklaringar. I den här rapporten diskuteras vad forskningen säger om begrepp som *sjukdom*, *hälsa* och *arbetsförmåga*, och hur dagens sjukförsäkring är utformad vad gäller drivkrafterna för inblandade aktörer att hålla sjukfrånvaron på en låg nivå. Syftet är att med utgångspunkt i såväl medicinsk som nationalekonomisk forskning öka förståelsen kring varför sjukfrånvaron kan variera över tid och mellan olika grupper, samt ge förslag på förändringar som skulle leda till en över tid stabilare och mer jämlik sjukfrånvaro. En utgångspunkt har varit att sjukförsäkringen i dess nuvarande form är väl värd att vårda. Men för att betalningsviljan ska vara fortsatt hög fordras att träffsäkerheten i försäkringen är hög, det vill säga kommer dem som inte kan arbeta till godo.

Hälsa och arbetsförmåga

I rapportens första del konstateras att begrepp som *hälsa* och *arbetsförmåga* är subjektiva upplevelser svåra att mäta. Hur en person upplever sin hälsa bestäms av bland annat preferenser, tillgängligheten till vård, information och ekonomiska restriktioner. Forskning har visat att högutbildade, höginkomsttagare och kvinnor i genomsnitt har sämre självupplevd hälsa vid en given nivå av mer objektiva hälsomått än vad lågutbildade, låginkomsttagare och män har. På samma sätt är en persons *arbetsförmåga* svår att fastställa och kan förväntas vara starkt kopplad till den självupplevda hälsan. Det gäller inte minst vid kortare tids sjukfrånvaro då något sjukintyg inte krävs. En slutsats är således att skillnader i sjukfrånvaron mellan grupper inte ska tolkas som skillnader i den faktiska hälsan. Inte heller ska förändringar av sjukfrånvaron i samhället över tid per automatik tolkas att det skett förändringar av den faktiska hälsan.

I rapporten genomförs analyser som tydligt visar att skillnader i sjukfrånvaron över tid och mellan grupper inte enbart kan förklaras av förändringar och skillnader i hälsa och arbetsförmåga. Bland annat konstateras att kopplingen mellan sjukfrånvaro och andra hälsomått är svagare i tider av hög sjukfrånvaro än i tider av låg sjukfrånvaro. På motsvarande sätt har kopplingen mellan sjukfrånvaro och andra hälsomått över tid varit svagare i landets norra delar där sjukfrånvaron i typfallet legat högre än i de södra delarna. Det konstateras också att kvinnors sjukfrånvaro är högre än mäns oavsett bransch. Detta även efter att ett flertal faktorer kopplade till arbetsuppgifter och position på arbetsplatsen beaktats i analysen. Att kvinnors högre sjukfrånvaro skulle bero på en generellt sett sämre psykosocial arbetsmiljö, som ibland har hävdats, finner alltså inget stöd i våra analyser. En central insikt från analyserna är således att sjukfrånvaron delvis styrs av preferenser och att detta måste beaktas vid utformning av de inblandade aktörernas incitament att agera i enlighet med försäkringens syfte.

Aktörerna i sjukskrivningsprocessen

I rapportens andra del beskrivs hur incitamenten för huvudaktörerna i sjukskrivningsprocessen är utformade och vad vi vet om deras agerande utifrån empirisk forskning. Som huvudaktörer definieras, i) den försäkrade, ii) läkaren, och iii) Försäkringskassans handläggare. Den försäkrade utgörs av antingen individen eller arbetsgivaren beroende på vilket perspektiv som anläggs.

En genomgång av den empiriska litteraturen inom sjukförsäkringen och angränsande socialförsäkringar som förtidspensions-systemet, arbetsskadeförsäkringen och arbetslöshetssystemet, visar att det finns ett tydligt stöd för att individen reagerar på ekonomiska incitament: när ersättningsnivån höjs ökar användningen av försäkringen och tvärtom. På motsvarande sätt reagerar arbetsgivaren på ett ökat kostnadsansvar genom att öka ansträngningarna att förhindra sjukfrånvaro bland sina anställda.

Omfattande forskning visar också att tidsgränser och kontroller har en dämpande inverkan på användningen av försäkringen. Detta både via kontrollen eller tidsgränsen i sig och drivkrafterna att inte bli kontrollerad eller nå en tidsgräns.

Forskningen kring normer och sociala interaktioner visar att ersättningsmottagande kan ha en smittande effekt. Studier på svenska förhållanden har visat att om ersättningsmottagandet av olika anledningar ökar i individens omgivning, ökar också det egna ersättningsmottagandet. Forskningen kring betydelsen av läkarens och handläggarens agerande är ännu ganska färsk. En ny studie på den svenska sjukförsäkringen visar emellertid att handläggarna och deras inställning till regelverket och till rehabiliterings- och samverkansinitiativ kan ha en betydande inverkan på sjukfrånvaron.

Fem förslag för en bättre sjukförsäkring

Ingenting tyder på att de kraftiga svängningar som präglat den svenska sjukfrånvaron över tid skulle vara kopplade till förändringar av hälsotillståndet eller till arbetsmiljön. I stället finns ett starkt stöd i forskningen för att orsakerna går att finna i brister i utformningen av huvudaktörernas drivkrafter att agera i enlighet med försäkringens syfte. Dessa brister gör sjukfrånvaron känslig för förändringar av regler och regeltillämpning, och till individers

vilja att söka sig till sjukförsäkringen. Även små förändringar i dessa avseenden kan få stora effekter via förändrade normer kring sjukfrånvaron i samhället.

Fokus i våra fem förslag för en förbättrad sjukförsäkring är att förbättra drivkrafterna för aktörerna i sjukskrivningsprocessen att agera i det allmännas intresse. Detta bör ske med fokus på att åstadkomma en låg och över tid stabil sjukfrånvaro och för att bättre tillvarata individers arbetsförmåga. Förslagen riktar sig till samtliga huvudaktörer i sjukskrivningsprocessen och varierar med avseende på hur stora avsteg de utgör i förhållande till dagens sjukförsäkring.

1. En bortre tidsgräns behövs

För en långsiktigt stabil sjukfrånvaro är en bortre tidsgräns en central komponent. Genom den skickas en signal om att en sjukskrivning inte kan pågå för evigt vilket skapar drivkrafter för alla inblandade aktörer att agera för att hitta en lösning innan den bortre tidsgränsen nås. Forskningen är också tydlig såtillvida att tidsgränser, och kontroll i vidare mening, har en dämpande inverkan på användningen av försäkringen. Den 1 februari i år togs den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen bort. Vi anser att man i stället för att ta bort den borde ha övervägt att lägga tidsgränsen tidigare eftersom det sannolikt skulle ha skapat bättre möjligheter för eventuellt efterföljande insatser att vara verkningsfulla.

2. Begränsa förekomsten av tidiga insatser

Medan tidsgränser och kontroll av rätten till ersättning har ett tydligt stöd i forskningen är stödet för tidiga insatser svagt. Tvärtom visar de utvärderingar som gjorts att ett tidigt agerande snarare leder till längre sjukskrivningar och sämre möjligheter att återgå i arbete. För att en strategi med tidiga insatser ska vara verkningsfull fordras att rätt individ får rätt insats. I dagsläget är stödet för att olika typer av rehabiliterings- och samverkansinsatser skulle hjälpa individen tillbaka i arbete svagt. Mycket tyder också på att handläggarnas arbete med att bedöma vilka som är i behov av insatser är komplicerat. I stället för att förbehållslöst intensifiera arbetet med att åstadkomma tidiga insatser ger befintlig kunskap snarare stöd för ett återhållsamt agerande vad gäller insatser tidigt i sjukfallen.

3. Villkora läkarens rätt att utfärda sjukintyg

Läkarens uppgift i sjukförsäkringen är komplex. Dels för att många sjukdomar saknar distinkta diagnoskriterier, dels för att arbetsförmåga kräver kunskap om den specifika arbetsuppgiften. Forskningen kring hur arbetsförmågan påverkas av olika diagnoser, inte minst de psykiatriska, behöver stimuleras för att ge läkarna ett bättre stöd i arbetet. På motsvarande sätt behöver läkarna höja sina kunskaper om kraven i olika delar av arbetslivet.

Forskning har visat att försök att ge landstingen ekonomiska incitament att sjukskriva mindre är omgärdat med svåra avvägningar. Vi föreslår i stället att Försäkringskassan ska kunna sätta upp kvalitetskrav för vårdgivare som skriver ut sjukintyg. Kraven kan exempelvis bestå i att läkarna ska ha vissa kunskaper om reglerna i sjukförsäkringen och hur man bedömer arbetsförmågan. Vidare kan Försäkringskassan ges i uppdrag att löpande granska sjukskrivningsmönstret hos olika vårdgivare. Osakliga skillnader och avvikelser från det försäkringsmedicinska beslutsstödet kan snabbt upptäckas och utredas. Vid upprepade anmärkningar liksom vid rent fusk ska vårdgivare kunna förlora rätten till utfärdande av sjukintyg. I likhet med öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården skulle statistik på vårdgivarnivå också kunna offentliggöras. Detta skulle sannolikt ha en disciplinerande inverkan vid utfärdandet av sjukintyg.

4. Öka arbetsgivarnas kostnadsansvar vid sjukfrånvaro

Arbetsgivarna har ett informationsövertag gentemot försäkringsgivaren beträffande vilka åtgärder man kan vidta för att undvika sjukfrånvaro bland sina anställda. De svenska arbetsgivarnas kostnadsansvar för sjukfrånvaro är förhållandevis begränsat i en internationell jämförelse. Med undantag för en karensdag betalar de sjuklön under de första 14 dagarna av sjukskrivningen. Eftersom arbetsgivare är försäkrade från direkta kostnader för långtidssjukfrånvaro är drivkrafterna små att agera för att hålla nere sjukfrånvaron via exempelvis förebyggande insatser och insatser i syfte att möjliggöra en återgång för redan sjukskrivna. Vi anser att det finns goda argument för att stärka arbetsgivarnas ekonomiska incitament att agera för att hålla nere sjukfrånvaron. Dessutom behöver kontrollen av att

arbetsgivare och arbetstagare gemensamt gör sitt yttersta för att undvika sjukfrånvaro öka.

I en skisserad modell får arbetsgivaren betala sjuklönen under hela den anställdes sjukskrivning. Kostnadsansvaret ökar dessutom ju längre sjukskrivningen pågår. Arbetsgivaren ska också kunna redovisa en plan över vilka åtgärder som ska vidtas under sjukfallet för att möjliggöra arbetsåtergång. Denna plan ska granskas och godkännas av Försäkringskassan. Såväl arbetsgivare som arbetstagare ska ges ekonomiska drivkrafter att fullfölja sina respektive åtaganden i planen. För att undvika risken för att ett ökat kostnadsansvar för arbetsgivarna ytterligare försvårar situationen på arbetsmarknaden för redan utsatta grupper, bör undantag från kostnadsansvaret göras för valda grupper.

5. Minska politikens inflytande över sjukförsäkringen och sjukfrånvaron

Incitamenten för restriktivitet i en offentligt tillhandahållen försäkring är lägre än i en privat administrerad försäkring. Detta eftersom staten, åtminstone kortsiktigt, har mjuka budgetrestriktioner. Det politiska priset för ett preventivt och långsiktigt agerande bedöms ofta vara för högt i förhållande till kortsiktig passivitet. Mycket talar därför för att åtskillnad mellan politisk styrning och styrning av sjukförsäkringen skulle gynna målet om en låg och långsiktigt stabil sjukfrånvaro.

Vi förespråkar en tydligare målstyrning av förvaltningen av sjukförsäkringen. I en tänkt modell fattar riksdagen beslut om ersättningsnivån och vad som är en rimlig nivå för sjukfrånvaron (inklusive sjuk- och aktivitetsersättning), ungefär på samma sätt som riksdagen i dag formulerar ett mål för inflationen. Försäkringskassan åläggs sedan att administrera det uppsatta målet.

Hur Försäkringskassan hanterat sin roll som kontrollinstans i sjukförsäkringen har sannolikt haft stor betydelse för sjukfrånvaroutvecklingen, inte minst under de senaste åren. Under förutsättning att drivkrafterna för att hålla nere sjukfrånvaron bland läkare och arbetsgivare stärktes, och Försäkringskassan gavs större möjligheter att utöva kontroll över dessa aktörer, är vår bedömning att en låg och stabil sjukfrånvaro skulle kunna

nås på denna väg. I och med bildandet av Inspektionen för Socialförsäkringen (ISF) skulle Försäkringskassans arbete löpande kunna utvärderas och granskas. Denna aspekt är central i utkrävandet av ansvar om Försäkringskassan inte når det av riksdagen beslutade målet med bibehållen rättssäkerhet.